

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

308

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 mai 1899, à 1 heure

Par FRANÇOIS DAUBAN

Né à Prunies (Aveyron), le 6 novembre 1875

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DE

L'INTERVENTION PRÉCOCE

DANS LES

PLAIES DU GLOBE OCULAIRE

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM.

BUDIN, professeur
RICHELOT et BONNAIRE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

368

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 mai 1899, à 1 heure

Par FRANÇOIS DAUBAN

Né à Pruines (Aveyron), le 6 novembre 1875

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DE

L'INTERVENTION PRÉCOCE

DANS LES

PLAIES DU GLOBE OCULAIRE

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. } BUDIN, professeur
 } RICHELOT et BONNAIRE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR TERRIEN

Chef de clinique ophthalmologique à la faculté de médecine de Paris.

DE
L'INTERVENTION PRÉCOCE

DANS LES
PLAIES DU GLOBE OCULAIRE

INTRODUCTION

Un homme porteur d'une plaie du globe oculaire se présentait le 2 février 1899 à la consultation des maladies des yeux à l'Hôtel-Dieu. L'opération jugée nécessaire et faite par M. Terrien, chef de clinique ophtalmologique, ses suites consignées dans une observation que doit publier un journal de médecine, et que M. Terrien a eu l'obligeance de nous communiquer nous ont donné l'idée d'étudier brièvement ce point de chirurgie oculaire : *l'intervention précoce dans les plaies du globe oculaire.*

Le plan que nous suivrons sera le suivant : après un aperçu historique sur une question qui passionna un moment les chirurgiens des deux mondes, nous citerons pour en éliminer quelques variétés les différentes plaies

du globe oculaire ; nous nous arrêterons seulement sur les plaies perforantes, sans conservation du corps étranger, en insistant sur leur traitement, ce qui est surtout le but de notre travail. Puis, suivront dans des observations, les plus remarquables que nous avons pu trouver dans la littérature médicale, les résultats thérapeutiques obtenus par cette méthode, et, qui nous ont imposé nos conclusions.

C'est grâce à M. Terrien que nous avons pu aborder ce sujet. Nous le prions d'agréer tous nos remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a reçu dans le service, et pour les conseils qu'il nous a donnés.

En exprimant notre gratitude à nos maîtres de la Faculté de Paris, en particulier au Professeur Lannelongue, et à MM. les Drs Maygrier et Gouraud, nous remplissons un devoir qui nous est particulièrement agréable. Que M. le Professeur Panas, notre maître, daigne enfin agréer tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Demours écrivait en 1818 : « l'œil est presque toujours perdu lorsqu'un corps étranger a été introduit dans le globe oculaire soit à travers la cornée, soit à travers la sclérotique ».

Quelques années plus tard Mackenzie lui-même disait que la rupture ou la déchirure de la sclérotique entraîne presque toujours la perte de la vision, perte due à l'issue du vitré et à l'inflammation de l'œil.

Quelque espoir restait encore aux cliniciens d'alors ; mais leurs moyens thérapeutiques nous paraîtraient aujourd'hui bien faibles pour éviter l'infection et la fonte purulente de l'œil ; c'est encore Mackenzie qui écrit en 1857 : « Avant d'entrer dans l'énumération des diverses lésions, je saisis l'occasion qui se présente ici de recommander aux praticiens de ne point négliger les déplétifs surtout la saignée générale dans les cas de lésion traumatique de l'œil. Le peu d'étendue et la légèreté apparente de ces lésions font que l'on n'y accorde pas toujours une attention suffisante ; la perte totale de la vision peut être la conséquence de cette indifférence. Sans doute, on peut avoir besoin de recourir à d'autres moyens

tant locaux que généraux tels que mercure, lorsqu'il y a menace d'inflammation interne, mais on oublie moins souvent ce moyen ainsi que les applications locales, que la saignée.

J'ai rencontré beaucoup de cas dans ma pratique où la vision perdue depuis des semaines a été rapidement restituée par des saignées du bras ».

Ainsi désarmés, les chirurgiens, pour éviter aux malades d'inutiles douleurs, pour prévenir les dangers de l'ophtalmie sympathique énucléaient de bonne heure, l'œil gravement atteint.

En 1872, dans la première séance du congrès ophtalmologique international tenu à Londres, l'énucléation fut recommandée et admise par Warlomont non pas tant comme traitement curatif de l'ophtalmie sympathique, mais comme un moyen prophylactique et préventif, dans tous les cas de traumatisme ou d'affection grave de l'œil.

De Vecker, tout en partageant sur bien des points l'opinion et les conclusions du rapporteur, y apporte des restrictions : « Je pense que si un œil est perdu par le fait d'un accident traumatique, c'est rendre un immense service au blessé que de l'en débarrasser séance tenante. Il n'en sera plus de même, je tiens à le déclarer, un ou deux jours après la blessure. Une fois la suppuration établie, l'énucléation offre de grands dangers. »

Des milliers d'yeux furent alors énucléés, et pour un moment on a pu croire que le véritable traitement préventif de la panophtalmie était trouvé.

Depuis cette époque, de nouveaux éléments sont entrés en scène, et une intervention précoce mais éminemment

conservatrice aidée de l'antisepsie a mis un frein à des mutilations inutiles.

Dès 1889, de Vecker revient sur son opinion du Congrès de Londres, il n'admet plus l'énucléation, M. Panas dans des leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, et Badal en France, les chirurgiens américains Taylor et Briggs s'appuient sur de nombreux cas pour rejeter l'énucléation dans les plaies de l'œil les plus compliquées.

Les traumatismes de la région ciliaire considérés comme les plus graves, ceux compliqués de la présence du corps vulnérant, pour quelques-uns même, le début de l'ophtalmie sympathique ne contr'indiquent point une thérapeutique conservatrice.

Gutman cependant, en Allemagne, pratique pour son compte cette opération dans les cas où la vision de l'œil est compromise (*Deutsche Mediz. Zeitung*, 1895).

On peut dire toutefois que l'énucléation a disparu de la pratique chirurgicale, depuis que les méthodes antiseptiques sont universellement pratiquées.

DÉLIMITATION DU SUJET

Les plaies du globe oculaire sont multiples, elles peuvent intéresser les enveloppes et tous les milieux de l'œil, la cornée, la sclérotique, déterminer la perte du vitré, la luxation du cristallin, enfin, des hémorrhagies, lorsque l'iris, la choroïde ou la rétine sont déchirées.

Les auteurs classiques distinguent les plaies non perforantes, lorsque les milieux de l'œil ne sont pas atteints des plaies perforantes avec ou sans conservation du corps étranger.

Nous décrirons, d'abord, pour les éliminer de notre sujet, les plaies de la première catégorie, et dans la deuxième, celles avec conservation de l'agent perforant dont l'extraction demande une thérapeutique spéciale.

a) PLAIES NON PERFORANTES. — Elles atteignent presque exclusivement la cornée plus exposée que la sclérotique, et, plus souvent l'œil gauche que l'œil droit.

M. Panas signale le peu de fréquence des plaies contuses, grâce à l'élasticité parfaite de la cornée qui cède au-devant de l'agent contondant. On signale cependant des cas intéressants de contusions du globe oculaire où la plaie primitivement pénétrante se complète plus tard lorsque la

tension des milieux augmente (cataracte traumatique). Cette rupture secondaire s'accompagne de l'issue de l'humeur aqueuse. La plaie est angulaire, elle bâille au niveau de sa lèvre externe, tandis que ses lèvres internes rapprochées empêchent l'enclavement de l'iris. (Observé à la clinique ophtalmologique).

Mais les blessures cornéennes, par instruments piquants et tranchants, par les éclats très aigus, sont fréquentes et sujettes plus que celles de la sclérotique à des accidents consécutifs graves. Les fines parcelles métalliques, les fragments divers restant le plus souvent dans la plaie dès le début, on observe de la douleur, du larmoiement, de la photophobie, puis une ulcération se produit, de là, des erreurs fréquentes de diagnostic. L'indication est d'enlever le corps étranger.

D'après Fuchs, dans le cas où un fragment de fer reste fixé dans la cornée, il s'entoure promptement d'un anneau brun, dû à l'oxydation de la particule, il faut enlever par le grattage le tissu cornéen teint en brun, puis, « le meilleur traitement consiste dans l'application d'un simple bandeau protecteur. » Ce n'est pas suffisant ; à la clinique de l'Hôtel-Dieu, on emploie aujourd'hui le bleu de méthylène chimiquement pur en solution au millième ; les propriétés anesthésiques et antiseptiques de ce collyre sont reconnues. On ajoute sur le rebord palpébral gros comme un pois de pommade iodoformée et l'on applique ensuite un pansement compressif protecteur (1).

1. Terrier. *Thérapeutique oculaire*, p. 22.

Ces précautions antiseptiques sont absolument indiquées, car, le grand danger des plaies de la cornée, c'est leur septicité, et dans la période préantiseptique, les abcès, l'hypopyon, la panophtalmie même n'étaient point rares surtout à la suite d'érosions multiples, plus exposées à l'infection en raison de leur étendue.

b. LES PLAIES AVEC CONSERVATION DE L'AGENT PERFORANT, sont plus ou moins graves suivant que le corps étranger est petit ou gros, et suivant la place qu'il occupe à l'intérieur de l'œil; ces blessures ont d'ailleurs un pronostic très défavorable puisque de l'extraction problématique du corps vulnérant dépend en partie la conservation de l'œil blessé. On a vu cependant le corps étranger s'enkyster et rester ainsi fort longtemps sans déterminer d'accidents graves. Cette question a été récemment traitée par M. Terrien, dans sa thérapeutique oculaire, nous croyons bien faire de la résumer.

Si les milieux de l'œil sont transparents, on verra à l'œil nu ou à l'éclairage oblique le corps étranger, dans la chambre antérieure ou dans le cristallin. Si le corps étranger est plus profondément situé, l'examen campimétrique ou l'examen ophtalmoscopique permettront le plus souvent de faire le diagnostic.

Si les milieux ne sont plus transparents, la localisation d'un corps étranger métallique se fera à l'aide d'une aiguille aimantée dont la pointe indiquera la direction du fragment.

L'extraction du corps métallique, ainsi reconnue, sera le plus souvent possible à l'aide de l'électro-aimant d'Hirschberg dont on introduit l'extrémité terminale dans la plaie

naturelle ou produite artificiellement au point le plus convenable. Mais, l'intervention rapide est de rigueur.

« Aussi, dit M. Terrien, l'antisepsie la plus rigoureuse est-elle nécessaire et si elle a été bien faite on n'a pas à craindre de suppuration résultant de l'introduction de l'aimant ».

Si l'accident est ancien, que l'œil ne soit le siège d'aucune douleur, l'expectation est permise, mais à l'apparition de signes d'inflammation, il faut intervenir avec l'électro-aimant introduit à travers une incision préalable.

« Après l'opération, la conjonctive est suturée par dessus la sclérotique afin d'éviter l'infection, une goutte d'un collyre au sublimé à 1/5000 est instillée et un pansement sec est laissé en place quarante-huit heures pendant lesquelles le malade doit garder le lit. » (Terrien).

On peut conclure avec M. Terrien que l'expectation ou l'énucléation hâtive par crainte d'ophtalmie sympathique ne sont plus de mise aujourd'hui et ne trouvent leur indication que dans des cas très rares ; partout ailleurs l'intervention s'impose et doit être rapide ; de là dépend le succès.

c) LES PLAIES PÉNÉTRANTES qui font le but principal de notre travail seront étudiées dans quatre chapitres différents :

Plaies de la cornée seule, De la sclérotique seule, Plaies cordéo-sclérales, enfin, Grands traumatismes de l'œil.

CHAPITRE I

Plaies de la cornée seule.

La plaie peut siéger à la périphérie ou au centre ; dans les deux cas, elle est simple, c'est-à-dire que la lésion se borne à la solution de continuité dans le tissu cornéen, ou compliquée d'accidents.

a). *La plaie est simple.* — C'est une rupture, ou une section, elle est alors produite par des instruments piquants des aiguilles, des corps effilés, ou bien par un instrument tranchant. Simple piquûre, le traumatisme étant borné au tissu cornéen, la réaction est peu marquée il en résultera généralement un néphélion peu appréciable. Le suintement de l'humeur aqueuse est rare dans ces cas, il est dû lorsqu'il existe, d'après M. Panas, à l'interposition de la membrane de Descemet et il prédispose aux adhérences de l'iris.

Les plaies par instrument tranchant, plus étendues sont plus graves, on constate le plus souvent l'issue de l'humeur aqueuse, aussi, bientôt après le traumatisme, les lèvres de la plaie se troublent et se gonflent, parce qu'elles s'imbibent de liquide ou de larmes.

« Avec la guérison, ce trouble s'efface pour la plus grande partie, cependant, il persiste toujours à l'endroit de la solution de continuité une opacité, liée, fort souvent à une courbure irrégulière de la cornée » (Fuchs). De plus, elles présentent des particularités remarquables dans leur évolution ultérieure. Extérieurement, elles paraîtront bien guéries alors que seules les couches profondes sont réunies par une cicatrice solide. C'est ainsi que l'on explique des déchirures secondaires sous l'influence de causes insignifiantes (Panas).

Ces plaies ne deviennent dangereuses que dans un cas, lorsqu'elles s'infectent ; aussi, le traitement des blessures de la cornée même en apparence les plus simples, consiste dans une antiseptie précoce et minutieuse. Le simple bandeau protecteur des anciens ne suffit pas, le corps vulnérant est en effet le plus souvent septique et de telles blessures laissées à elles-mêmes suppurent fréquemment. On débarrassera les paupières, le record ciliaire des particules qui peuvent les souiller puis, par un lavage mécanique abondant, les culs-de-sac conjonctivaux, la cornée et le siège de la blessure ; on fera ensuite une instillation de bleu de méthylène au 1000°. Ce traitement complété si l'on veut par l'application de pommade iodoformée, on appliquera un pansement stérilisé légèrement compressif. Contre les douleurs et la photophobie, l'atropine, la cocaïne en collyre stérilisé ; enfin les compresses évaporantes seront aussi très utiles.

Parfois, par suite d'un défaut d'antiseptie précoce, les plaies de la cornée prennent sur les bords une teinte jaune, se ramollissent ; il faudra si l'on voit la suppura-

tion imminente toucher les parties modifiées, largement au thermo-cautère ; la pommade iodoformée, le bleu de méthylène, et l'occlusion complèteront ce traitement.

b) *La plaie de la cornée est compliquée.* — Lorsque la blessure est profonde, elle peut intéresser, l'iris, le cristallin, le corps vitré ; l'enclavement de l'iris, la cataracte traumatique par blessure de la lentille, les hémorragies par lésions de l'iris sont les plus graves et les plus fréquentes de ces complications.

1° *L'enclavement de l'iris* n'est pas rare lorsque la perforation est au devant de l'iris ce qui est le cas le plus fréquent ; celui-ci la ferme aussitôt, refoulé qu'il est par l'humeur aqueuse, car nous l'avons déjà vu, le suintement de l'humeur aqueuse est la condition la plus favorable au prolapsus. Dans le cas où l'ouverture est petite, l'iris s'applique simplement à la face postérieure de la cornée, mais si la plaie est large, l'iris rejeté en avant par la pression des milieux de l'œil s'engage entre les lèvres de la perforation et il se forme une hernie de l'iris.

Cet enclavement est-il récent, la proéminence qu'il forme, visible à l'extérieur, est brune ou grise ; si la partie refoulée est fortement tendue elle paraît noire car on aperçoit alors le pigment de sa face postérieure. (Fuchs).

Il est évident, que la portion de l'iris restée dans la chambre antérieure est intimement unie à la partie herniée et comme l'iris est attiré vers la cornée la pupille perd sa forme circulaire et se déplace vers le point d'émergence.

La rapidité de cicatrisation dans les plaies de la cornée

donne lieu à quelques indications spéciales pour le traitement des enclavements iriens ; on doit intervenir avant que l'exsudat fibrineux et la prolifération épithéliale entre les lèvres de la plaie aient rendu les adhérences trop fortes.

Après un lavage soigneux à l'eau bouillie, ou avec la solution de biiodure surtout si le corps vulnérant paraît septique on essaiera dès le début les agents de réduction médicamenteux. Si le prolapsus est périphérique on emploiera les myotiques, esérine pilocarpine qui, en resserrant la pupille entraîneront la base de l'iris en dedans et s'opposeront ensuite à son engagement ultérieur. Si la plaie occupe le centre de la cornée, les mydriatiques l'atropine, en particulier, qui refoulent l'iris vers la périphérie en dilatant la pupille, entraîneront de même le prolapsus hors de la blessure cornéenne. Ces agents médicamenteux réussiront dans une intervention très précoce avant toute adhérence fibrineuse et l'on devra d'ailleurs continuer leur emploi pour maintenir les résultats acquis. Après l'usage de l'atropine il faut surveiller attentivement le tonus de l'œil afin d'abandonner cet agent devenu dangereux dès l'apparition d'une hypertonie un peu marquée, on évitera ainsi une attaque de glaucome.

En cas d'échec, après anesthésie de l'œil à la cocaïne on aidera la réduction à l'aide d'une spatule qui rompra dans la plaie elle-même les adhérences déjà formées, mais la main de l'opérateur sera légère, évitant d'aggraver le traumatisme.

Ces moyens combinés rendront inutiles le plus souvent l'incision de la partie herniée bien qu'un certain nombre

de chirurgiens recourent d'emblée à cette pratique. On réservera ce moyen et surtout l'iridectomie pour les cas difficiles où l'enclavement a des tendances à se reproduire.

Dans toutes ces opérations l'antisepsie sera toujours minutieuse, on emploiera des collyres antiseptiques additionnés de biiodure de mercure, des instruments et des doigts absolument propres. C'est le moyen le plus sûr de réussite.

Au cas de plaies larges de la cornée, les lèvres de la blessure mal maintenues et constamment imbibées ont peu de tendances à la cicatrisation, le prolapsus de l'iris se reproduit malgré les collyres, ou, si la réunion finit par s'opérer elle est peu solide, enfin, l'infection d'une large plaie longtemps béante est toujours possible.

C'est pour éviter ces complications que Snellen, au congrès d'Edimbourg en 1894, préconisa l'emploi d'un lambeau conjonctival recouvrant la blessure de la cornée, pour transformer une plaie ouverte et par conséquent exposée en une plaie fermée. Il a pu aussi guérir des lésions qui seraient incurables sans ce procédé.

M. de Vecker emploie dans sa pratique la suture en bourse de la conjonctive. Il fait une incision périscérale de la conjonctive bulbaire, la libère de ses adhérences à la sclérotique et par glissement l'amène au devant de la cornée, qu'il recouvre toute entière lorsque c'est possible. On réunit ensuite les deux lambeaux par des points de suture au catgut fin. Après huit jours, l'adhérence n'existe qu'au niveau de la blessure déjà cicatrisée et il suffit alors de réséquer les autres parties de la bourse conjonctivale

qui se détachent facilement. Ce traitement, indiqué immédiatement après la blessure serait suivi de résultats excellents.

Qu'on laisse la plaie de la cornée sans suture ou qu'on la recouvre au moyen de la conjonctive, la nécessité d'une antiseptie rigoureuse se fait sentir plus que jamais; antiseptie pendant le travail cicatriciel pour le protéger, après, puisque l'expérience prouve que le tissu de cicatrice est longtemps perméable aux agents infectieux (Panas. *Tr. d'ophth.*). Des instillations de bleu de méthylène et un bon pansement iodoformé remplissent bien ces indications.

L'enclavement, dans une cicatrice ancienne, de l'iris non réduit constitue un *leucome adhérent*. Si la plaie est petite, il ne se produit pas de prolapsus, l'iris s'adosse simplement à la face postérieure de l'ouverture. Le repos, le bandeau compressif pour éviter les mouvements de l'iris, et l'atropine ou l'ésérine pour obtenir une synéchie antérieure punctiforme qui s'étirera plus tard en un fin filament, suffiront comme traitement. Les plaies plus étendues laissent à leur suite des cicatrices qui affectent des rapports de large continuité avec l'iris. Cela constitue une condition fâcheuse, les tiraillements sans cesse exercés sur la synéchie provoquent de la douleur, une tendance à l'iritis, et des attaques de glaucome. Un seul traitement s'impose alors : l'iridectomie curative que présente l'avantage d'amener la résorption de la partie néphéliomateuse entourant le leucome.

D'après Fuchs l'excision n'est possible que dans le prolapsus de fraîche date n'existant que depuis quelques jours.

Plus tard les adhérences aux bords de la perforation deviennent si intimes qu'il n'est plus possible de les détacher. C'est pour éviter ces complications que l'intervention précoce s'impose après le prolapsus de l'iris.

2° *La cataracte traumatique* succède à un traumatisme du cristallin accompagné lorsque la plaie est pénétrante de rupture de la cristalloïde.

D'après Fuchs, déjà au bout de quelques heures dans le voisinage de la plaie capsulaire on trouve le cristallin gonflé par l'humeur aqueuse. Bientôt le gonflement de la lentille arrive au point qu'elle remplit le champ pupillaire. Des fibres s'engagent dans l'ouverture capsulaire, tombent dans la chambre antérieure, en même temps, l'opacité s'étend et au bout de quelques jours la lentille est complètement opacifiée.

L'évolution d'une cataracte traumatique diffère chez l'enfant et chez l'adulte. Chez les enfants un travail régressif s'effectue d'autant plus rapidement que la plaie capsulaire est plus étendue, la vision peut se rétablir bientôt spontanément. Chez l'adulte, la résorption n'est jamais complète en raison même des moindres échanges nutritifs de l'œil et de la sclérose du noyau.

Une complication fâcheuse est le gonflement rapide de la cataracte entraînant une forte réaction accompagnée de douleurs ciliaires vives, de larmolement de photophobie; la cataracte traumatique suit alors une marche peu favorable; car il s'y joint de l'inflammation et de l'hypertonie. L'inflammation provoque des adhérences de la lentille avec l'iris et le corps ciliaire, l'opération postérieure est aussi rendue plus difficile. Dans les cas les

plus graves l'inflammation amène la perte de l'œil par ponophtalmie.

Le gonflement peut atteindre un tel degré que l'on assiste souvent à des manifestations glaucomateuses, aussi, doit-on surveiller la tension après l'accident ; si elle s'élève on traitera le début du glaucome par des moyens médicamenteux, les sangsues à la tempe, l'éserine, la chaleur. Mais l'indication qui domine dans les cataractes traumatiques consécutives à une plaie pénétrante de la cornée, c'est une antisepsie rigoureuse et l'occlusion légèrement compressive.

Si les moyens médicamenteux ne suffisent pas, la ponction de la cornée, l'extraction du cristallin, l'iridectomie arrêteront le plus souvent les accidents. L'extraction linéaire du cristallin est applicable d'après M. Panas à toutes les cataractes traumatiques survenues avant trente ans, cette opération débarrasse l'œil des masses qui l'encombrent. Lorsqu'il y a des adhérences, il ne faut pas craindre des iridectomies multiples. « On pratique deux ou trois semaines avant l'extraction une première iridectomie supérieure, puis, au moment de l'opération une seconde diamétrale en bas en détachant s'il le faut les synéchies. Cela fait, on extrait à la fois cristallin et capsule. » (Panas. *Tr. d'opht.*).

3° *Les hémorrhagies* sont une manifestation des blessures de la cornée qui effraie beaucoup le malade, elles voilent la vision en partie ou totalement.

Lorsque une plaie pénétrante de l'œil s'accompagne d'un hypohéma révélateur d'une lésion de l'iris, le diagnostic est facile, on voit l'hémorrhagie dans la chambre

antérieure. Cet hypohéma n'a pas en lui-même une grande importance, car il se résorbe d'habitude spontanément et l'on peut alors apercevoir la brèche irienne. Mais, si par suite d'une inflammation, le sang séjourne quelque temps, il peut donner lieu à une membrane et devient cause d'une occlusion pupillaire. (Fuchs).

Nous avons essayé de démontrer que le pronostic des plaies de la cornée est plus ou moins grave selon que le traitement est institué dès le début ou tardivement. L'absence d'intervention chirurgicale aura pour résultat une cicatrice vicieuse, un leucôme adhérent, complications graves sans doute mais réparables, et que l'on ne peut comparer aux accidents inflammatoires : hypopyon, irido-cyclite, panophtalmie, qui résultent d'un défaut d'antisepsie.

L'indication précoce, nécessaire dans les plaies de la cornée, plus qu'une opération chirurgicale, c'est donc l'antisepsie à la portée de tous les praticiens.

CHAPITRE II

Plaies de la sclérotique.

Les plaies de la sclérotique sont fréquentes et leur gravité varie suivant que la solution de continuité se rapproche plus ou moins du limbe scléro-cornéen ; cette dernière variété de blessure doit faire un chapitre à part dans notre description.

Le plus habituellement, les blessures de la sclérotique résultent de l'action directe de divers agents vulnérants, instruments et objets piquants ou tranchants, chutes sur des objets pourvus d'aspérités.

Tantôt la sclérotique seule est intéressée, les membranes sous-jacentes sont intactes, ou bien la blessure est profonde elle traverse la choroïde et la rétine.

1° *La plaie est superficielle*, la sclérotique seule est alors intéressée et l'on constate rarement la présence du corps vulnérant étant donné le peu de profondeur.

La plaie est-elle méridienne, l'uvée à peine visible, les lèvres de la blessure n'ont aucune tendance à s'éloigner

étant donnée la direction parallèle des fibres conjonctives scléroticales ; une telle blessure se cicatrisera spontanément. Si elle est transversale au contraire, ou oblique elle baille et présente moins que les précédentes une tendance à la cicatrisation et l'on ne saurait dans ce cas compter sur la coaptation spontanée. Il faudra pour obtenir la guérison suturer la plaie au moyen de fin catgut. Faut-il comprendre dans la suture la sclérotique elle-même ou placer les points sur la conjonction seule ? Dans le premier cas, il faudrait, en procédant à cette opération, avoir soin de ne pas intéresser la choroïde ou les procès ciliaires, et comme cela n'est pas toujours facile certains opérateurs se contentent d'affronter la conjonctive (Panas). Cet affrontement de la conjonctive et du tissu sous-jacent suffira en général dans le cas présent, l'expérience l'a démontré, si l'on fait des points très rapprochés avec du catgut, mais, l'antisepsie est nécessaire malgré que le vitré ne soit pas en rapport direct avec l'extérieur ; le voisinage de la choroïde justifiant de minutieuses précautions.

2° *La plaie est profonde*, la force qui dirige l'agent vulnérant est suffisante et la blessure de la sclérotique se complique de celle de la choroïde ; dans ce cas, on voit le corps vitré s'échappant au dehors se mettre en rapport plus ou moins direct avec l'extérieur.

Le diagnostic de blessure perforante, de la sclérotique n'est pas toujours aussi facile, soit que la perforation soit étroite, soit que l'ecchymose sous-conjonctivale voile au début l'orifice sclérotical.

Fuchs, donne en quelques lignes les principaux symp-

tômes qui permettent en général d'arriver au diagnostic. On constate un abaissement de la pression intra-oculaire appréciable souvent par la seule comparaison. Ce symptôme acquiert une valeur toute spéciale dans les petites blessures de la sclérotique recouvertes par des *teccymoses conjonctivales* ; cette diminution de tension intra-oculaire n'existe que si la blessure n'est pas fermée. Si la perforation se trouve au niveau de la chambre antérieure, celle-ci est moins profonde, aussi longtemps que la blessure n'est pas fermée. Lorsque la blessure est un peu plus grande, la perforation se traduit par la hernie des tissus sous-jacents, le plus souvent on voit l'uvée se présenter dans l'ouverture de la plaie sous forme d'une masse pigmentée noire, et suivant la situation de la plaie, la masse herniée appartient, soit à l'uvée, soit au corps ciliaire, soit à la choroïde. Quand ces deux derniers organes sont déchirés on voit un peu de corps vitré qui se présente dans la plaie.

Une *hémorrhagie* intra-oculaire est bien souvent le résultat d'une déchirure de la choroïde, hémorrhagie assez abondante quelquefois pour décoller la choroïde et la rétine. La tension intra-oculaire ainsi augmentée, la hernie de la choroïde et l'issue du corps vitré sont fréquentes, elles donnent lieu à des indications spéciales et pressantes.

C'est qu'en effet toute plaie perforante doit être considérée comme grave puisque avec la perforation existe le risque d'une infection de l'intérieur de l'œil, or, celle-ci conduit presque sûrement à une inflammation grave.

Quand cette infection de la plaie existe, qu'elle soit

dûe au corps étranger septique ou que l'ouverture serve de porte d'entrée aux germes venus du dehors, on est donc certain que l'inflammation sera violente. « Dans les cas les plus aigus, la suppuration est précoce, elle aboutit à la fonte purulente de l'œil, mais la marche de l'inflammation n'est pas toujours aussi foudroyante, les exsudats se rétractent, et occasionnent l'atrophie de l'œil, atrophie que provoque elle-même très souvent une inflammation sympathique dans l'autre œil » (Fuchs)..

De tels cas, fournissaient aux anciens oculistes l'occasion d'énucléer d'emblée une multitude d'yeux que l'on aurait pu conserver de nos jours, si l'on est bien convaincu de ce précepte, que l'on doit suturer la plaie le plus rapidement possible à cause même de la présence du vitré, milieu infiniment favorable à l'infection. Or cette infection est certaine, nous l'avons déjà vu, lorsque l'agent vulnérant est septique, elle est infiniment probable nous allons le voir, alors même que le corps perforant est aseptique.

Tous les auteurs en effet admettent avec une fréquence variable la présence à l'état normal dans les culs-de-sac conjonctivaux de microbes pathogènes, et parmi eux quelques-uns sont des plus dangereux, témoin le streptocoque.

Les travaux de Fick, ont démontré l'existence dans le cul-de-sac conjonctival de saprophytes d'espèces variées et d'une manière générale l'absence de microorganismes pathogènes. Quelques-uns de ces microbes déterminent cependant, lorsqu'on les inocule, une réaction inflammatoire.

Gombert admet qu'on peut rencontrer des espèces pathogènes mais qu'ils ne séjournent pas sur la conjonctive, le clignement des paupières constituant un balayage constant. Marthen a rencontré des staphylocoques. Gayet (*Annales d'ophtalmol.*, 1887), a démontré la présence fréquente sur la conjonctive de staphylocoques et cela même après un lavage au sublimé à 1/6000^e, pour lui le streptocoque n'existerait jamais à l'état normal mais seulement au cas de dacryocystite aiguë. Ainsi donc d'après ces auteurs bien qu'il ne soit pas établi que les microorganismes d'une conjonctive saine puissent jouer un rôle pathogène, il est prudent, dans la pratique, de chercher à débarrasser les culs-de-sac. Ces moyens sont variés.

Bach en 1896 (*Arch. für Angenhelk.*) préconise la simple aseptie dans les opérations sur le globe oculaire; il estime qu'au point de vue bactériologique cette dernière vaut à peu de chose près l'antisepsie. Il savonne les paupières et les rebords ciliaires, fait une large irrigation à l'eau stérilisée et déterge ensuite avec un tampon de ouate; il termine par une irrigation de la conjonctive.

Trousseau, au contraire (12^e sess. d'*ophtalmol.*, mai 1894), préconise l'antisepsie minutieuse et place dans l'ordre bactéricide le sublimé, le cyanure de mercure, enfin la chasse avec de l'eau bouillie. Il se fonde pour arriver à ces conclusions que 11 fois sur 12 il a trouvé dans les culs-de-sac sains des microbes pathogènes, aussi, préconise-t-il le lavage des paupières, des bords ciliaires

et de la conjonctive avec des solutions de sublimé au 1/2000 ou de cyanure au 1/5000.

Pour M. de Vecker les cils et les rebords palpébraux sont surtout septiques et sur eux doit porter l'antisepsie.

De cet état de choses, il faut conclure que les blessures de la sclérotique avec perte de l'humeur vitrée sont doublement dangereuses, par le fait de la pénétration du corps vulnérant le plus souvent septique, par le fait des germes pathogènes contenus à l'état normal dans les culs-de-sac conjonctivaux. L'intervention rapide est donc ainsi de première importance, quelques heures de retard exposent l'œil blessé aux plus graves complications.

Supposons que nous sommes en face d'une plaie de la sclérotique loin de l'installation complète d'une salle d'opérations, ce qui est le cas le plus fréquent; mais nous possédons toujours dans notre trousse la matière d'une solution antiseptique, des aiguilles à suture, et l'on trouve partout du fil ordinaire et de l'eau bouillie. Nous ferons aussitôt un lavage minutieux des paupières et des cils au savon, puis nous détergerons le tout avec un tampon de coton stérilisé et trempé dans la solution que nous avons préparée extemporanément; ce sera du sublimé au 1/2000 par exemple. Nous passons ensuite au nettoyage des culs-de-sacs conjonctivaux, nous enlevons les caillots, les corps étrangers en exprimant le liquide antiseptique d'assez haut, faisant ainsi une sorte de lavage, sans laveur. La plaie nous apparaît alors nette de caillots adhérents, elle est surtout propre, préparée pour le traitement chirurgical.

Si la hernie de la choroïde existe, nous la réduisons, nous en faisons même la résection si les bords sont déchiquetés, et sans attendre, nous pratiquons de nombreux points de suture dans la conjonctive et le tissu sous-jacent avec le simple fil antiseptique puisque nous n'avons pas de fin catgut. Point n'est besoin, lorsque la plaie n'est pas trop large, d'essayer le rapprochement des lambeaux scléroticaux, à plus forte raison de la choroïde, une telle intervention est difficile sans instruments délicats et spéciaux, et la blessure se cicatrisera fort bien sous la conjonctive. Le corps vitré sera mis ainsi suffisamment à l'abri de toute infection.

Après un nouveau lavage nous appliquerons sur l'œil une rondelle de gaze iodoformée ou salolée puis quelques minces plaques de gaze stérilisée, maintenues en place par un bandeau légèrement compressif. Le malade, et ceci est une condition indispensable, devra garder les jours suivants un repos complet au lit.

Ce traitement est peu compliqué, à la portée de tous les praticiens et suffisant, puisqu'il amène une cicatrisation facile de la plaie, mais il est nécessaire, parce que seul, dans bien des cas, il permet de l'obtenir lorsqu'on ne peut compter sur sa coaptation spontanée. Il nous permet surtout de quitter le blessé avec la satisfaction de lui avoir évité par notre intervention précoce une infection avec ses conséquences : douleurs atroces de l'irido cyclite et de la panophtalmie et finalement la perte très probable de l'œil atteint.

On a reproché au traitement des plaies de la sclérotique par la simple suture conjonctivale d'être incomplet

(Fage, *Bull. anat. de Bord.* 1890). Il amènerait il est vrai la soudure de la sclérotique, mais la cicatrice formée par une masse fibreuse intercalaire céderait à la longue sous la pression des milieux de l'œil. De plus, il persiste souvent une fistule sous-conjonctivale, et le cristallin luxé sous la conjonctive deviendrait un agent d'irritation pour l'organe, sans compter les poussées de cyclite déterminées par de fréquents enclavements iriens.

Pour éviter ces complications Dianoux, Fage, Badal, Fromaget, recommandent la suture de la sclérotique. Ils emploient une aiguille courbe de moyenne dimension et ne comprennent dans la suture que la sclérotique. Le fil introduit de côté, de dehors en dedans comprend toute l'épaisseur de la sclérotique passant entre cette dernière et la choroïde, tandis que sur le bord opposé il suit un chemin inverse. L'on recouvre ensuite la plaie par un pont de conjonctive qu'on suture par-dessus afin de mettre la suture à l'abri des germes infectieux.

Cette pratique plus compliquée que la simple suture conjonctivale est seulement indiquée lorsque la plaie est large, qu'elle baille, que le vitré a une tendance à faire irruption au dehors.

Le traitement ultérieur à l'opération elle-même présente toujours une grande importance. Le malade gardera pendant quelques jours un repos physique et moral complet. La position horizontale au lit est même nécessaire dès le début. En même temps, on instituera un régime, l'alimentation sera légère pour éviter des congestions au niveau de l'œil blessé, toutes les fonctions excrétoires seront surveillées. S'il apparaissait des douleurs symptô-

matiques d'une inflammation imminente, on mettra des sangsues à la tempe, des compresses évaporantes, de l'atropine en collyre stérilisé et antiseptique, dans tous les cas, *on se gardera d'énucléer.*

Combien d'yeux ont été sauvés et le seront par cette thérapeutique conservatrice, car l'on verra souvent dans des cas que l'on croyait désespérés, les accidents s'arrêter et le blessé, bien que la vision ait disparu, conserver son œil.

Moins que celles de la cornée, les plaies de la sclérotique présentent des complications, pouvant influencer sur le traitement ; la plus fréquente est l'hémorrhagie intra-oculaire qui accompagne des blessures pénétrantes de la choroïde. Elle peut se manifester à l'extérieur par un suintement, d'habitude peu abondant, mais le plus souvent elle décolle la choroïde et la rétine, envahit le corps vitré

Ces hémorrhagies n'ont pas de thérapeutique spéciale, le sang se résorbe, les milieux s'éclaircissent et on aperçoit à l'ophtalmoscope à l'endroit de la blessure comprenant la choroïde, une plaque blanche entourée de pigment noir (Panas). Mais il peut arriver que le sang épanché ne se résorbe qu'en partie il persiste alors sous formes d'opacités qui gênent notablement les fonctions visuelles.

CHAPITRE III

Plaies cornéo-sclérales.

Comme les blessures de la cornée et de la sclérotique, elles sont dues le plus souvent à la pénétration dans l'œil d'un objet piquant ou tranchant, ou à des ruptures.

Les ruptures de la sclérotique à la suite des contusions se prolongent en effet quelquefois sur la cornée, elles s'accompagnent d'ébranlements du cristallin, de l'iris, de la choroïde, de la rétine, c'est ce qui en fait la gravité.

Les blessures par instruments tranchants ne provoquent pas un ébranlement aussi intense mais comme la plaie siège dans la région du corps ciliaire, l'iris, le cristallin sont intéressés et il ne tarde pas à survenir une cataracte traumatique.

D'après M. Panas, les plaies ciliaires et en général celles qui avoisinent le limbe suscitent particulièrement des accidents inflammatoires et sympathiques, pour y obvier, on adoptera comme règle la suture et même l'autoplastie de la conjonctive sitôt après l'accident. De la sorte la plaie rendue sous muqueuse risque moins de s'infecter.

« Silex. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1888), exposant la pratique de Schweigger propose dans toute solution de continuité de la coque oculaire d'agir comme il suit. Anesthésie chloroformique, lavage de la blessure à l'aide d'une solution de subliné à 1/5000, suture conjonctivale, application de poudre d'iodoforme et bandage occlusif. Si plus tard, il survient des accidents inflammatoires on choisit entre l'énucléation et la résection du nerf optique ». Norman Hansen (*Centralblatt. Journal de Hirschberg*) recommande dans les blessures récentes sans corps étranger intra-oculaire, la suture de la conjonctive sur la plaie. C'est dans les plaies scléro-cornéales que la suture en bourse de la conjonctive aura de bons résultats, et si des masses cristalliniennes font hernie entre les lèvres de la plaie on aura soin auparavant de les enlever ou d'extraire le cristallin s'il y a lieu. Enfin si la blessure n'est pas récente, ou, si on craint l'infection, on modifiera la plaie au galvano-cautère et on suturera la conjonctive par dessus.

C'est en somme à la suture conjonctivale que la plupart des auteurs donnent actuellement la préférence, faite surtout dès le début de l'accident. L'intervention simplifie le traumatisme et permet la coaptation immédiate à l'aide de la suture.

C'est dans ces cas graves qu'il faut donner à l'antisepsie le rôle prépondérant pour traiter ensuite chaque complication, c'est le moyen le plus sûr d'éviter de violentes pousses d'irido-cyclite, la terminaison par atrophie du globe, et surtout l'ophtalmie sympathique. Mais de telles plaies abandonnées à elles-mêmes donneraient lieu à une cicatrice cystoïde, à un staphylome intercalaire que l'on

pourra éviter en réunissant la plaie par la suture (Fage).

Si, dans les plaies les plus graves de la région ciliaire les résultats immédiats sont assez souvent favorables, l'évolution ultérieure, dans la moitié des cas, l'est beaucoup moins. L'œil avait recouvré sa tonicité, l'acuité visuelle avait reparue presque complète, mais quelques mois après, le malade inquiet revient, car son œil devient mou, il diminue de volume, il s'atrophie, et on le voit se transformer bientôt en un moignon inutile.

CHAPITRE IV

Grands traumatismes.

Relativement peu fréquents, ils supposent une sorte d'écrasement de l'œil dans l'orbite par un corps volumineux et poussé par une force considérable.

Ainsi compris, les grands traumatismes de l'œil sont difficiles à décrire, d'autant plus que l'infiltration sanguine toujours très considérable empêche dès le début d'apprécier les lésions. La cornée, la sclérotique présentent de larges solutions de continuité, l'iris subissant la pression du cristallin et du vitré chassés par la force vulnérante est déchiré, quelquefois complètement détaché, ses débris baignent dans le sang épanché.

« Si l'on prévoit, dit Fuchs (*Traité d'ophtalmol.*, p. 254), que par suite d'une trop grande extension de la lésion, l'œil ne pourra plus fonctionner, l'on propose au patient l'énucléation immédiate. C'est le moyen de lui épargner de longues souffrances et de le préserver d'une inflammation sympathique de l'autre œil. Dans un grand nombre de cas, il est néanmoins impossible même pour un

homme expérimenté de prévoir tout d'abord s'il sera possible de conserver l'œil ou non. Alors mieux vaut attendre quelques semaines pour procéder à l'énucléation aussitôt que l'affection prend mauvaise tournure. A ce moment, il n'y a plus à hésiter il faut énucléer sans retard, sinon on s'expose à voir l'autre œil surpris par une inflammation sympathique. »

En 1877 au congrès de Genève, Warlomont avait entre autres indications posé la suivante : « Quand un œil vient d'être détruit par une cause traumatique que tout espoir d'y voir substituer ou revenir un certain degré de vision est perdu, c'est rendre un immense service au blessé que de l'en débarrasser séance tenante par l'énucléation avec anesthésie. On lui épargne aussi les suites immédiates de traumatisme, panophtalmie, etc., et on le rend pour ainsi dire du jour au lendemain à ses travaux dans d'excellentes conditions pour recevoir bientôt une coque artificielle dont le port sera inoffensif. On le préserve à coup sûr des accidents consécutifs ».

Malgré ces conclusions, il semble ainsi que Fuchs le laisse entrevoir, qu'il soit préférable de laisser bénéficier le malade de l'impossibilité où l'on est d'apprécier les lésions et surtout l'évolution ultérieure de l'œil traumatisé. Beaucoup de cliniciens s'élèvent d'ailleurs contre l'énucléation, qu'ils accusent de ne pas attendre son but et spécialement de ne pas empêcher l'ophtalmie sympathique (Luciani. *Annali d'ottalmologia* 1895). De plus puis-que l'on prévient avec succès par l'antisepsie précoce l'in-

fection traumatique, qu'on peut l'arrêter dès son début par les mêmes moyens, l'énucléation est inutile. Wood, (*Medical record* 1894) dans sa pratique n'enlève jamais l'œil atteint du traumatisme le plus grave, il le conserve même lorsque l'infection et l'ophtalmie sympathique se sont déclarées.

En faveur de la conservation, on peut invoquer l'esthétique faciale car l'œil garde assez souvent une apparence normale, il conserve un certain degré de vision; cette conservation est surtout nécessaire chez l'enfant, elle empêche l'atrophie de l'orbite.

Contre l'énucléation, on relève des cas d'hémorragies graves, de méningo-encéphalites, de thrombose des sinus. M. Panas l'accuse de provoquer l'ophtalmie sympathique qu'elle a pour but d'empêcher.

Elle ferme à l'individu ainsi désigné un certain nombre de situations. Que l'on refuse dans un atelier un ouvrier qui a subi l'énucléation, ce malade viendra alors demander un œil artificiel, mais ceux-ci, d'un prix assez élevé, ont besoin d'être renouvelés fréquemment par suite de l'usure assez rapide.

Bien plus, pauvre, il les portera sales, ce qui est une source d'infection; les sécrétions épaissies se mélangeront aux poussières, il surviendra des conjonctivites chroniques, les culs-de-sac habituellement irrités deviendront fibreux et le port de l'œil de verre sera impossible.

« Toutes les fois donc qu'il est possible de conserver l'œil entant que fonction et comme organe, il faut le faire, afin d'éviter au malade les mille inconvénients qu'entraîne la prothèse, et parce qu'un œil naturel quel que soit son

état vaut toujours mieux qu'un morceau de verre » (Bon signorio, thèse, Paris 1897).

On peut donc établir comme règle de conduite : *pas d'énucléation précoce* ; 1° On ne voit plus l'œil, il est impossible d'apprécier la lésion ; 2° On ne sait pas ce qui restera de vision au malade ; 3° Même si l'œil est perdu on aura conservé un moignon supérieur à celui de l'énucléation, pour la prothèse, car l'œil artificiel pourra suivre les mouvements de l'œil du côté sain ; 4° L'ophtalmie sympathique est devenue rare grâce à l'antisepsie.

Mais le malade doit s'astreindre à des soins assidus, à une surveillance attentive afin qu'à l'apparition des premiers signes d'irritation on puisse faire le traitement de l'ophtalmie sympathique.

APERÇU CLINIQUE

Dans nos pages précédentes, nous avons constaté que la thérapeutique dans les plaies du globe oculaire s'était simplifiée depuis vingt ans, à ce point qu'il n'est pas besoin d'être habile chirurgien pour traiter convenablement la plupart des cas, mêmes graves, qui peuvent se présenter dans la pratique. Si nous exceptons, en effet, les traumatismes oculaires compliqués de la conservation du corps étranger qui nécessitent une intervention délicate, beaucoup d'antisepsie et quelques points de suture nous permettront de sauver une quantité de globes avec une acuité visuelle variable.

Nous mettons ainsi délibérément de côté l'énucléation précoce, opération difficile et surtout inutile, et nous pensons que l'on ne devra pas être embarrassé en face d'une blessure pénétrante du globe oculaire sur le procédé à employer, puisque la réunion minutieuse, il est vrai, de la conjonctive bulbaire pourra nous suffire, réservant la coaptation scléroticale pour les plaies étendues avec tendance à l'issue en masse des milieux de l'œil.

Sans vouloir multiplier les statistiques, nous avons recherché dans la littérature oculaire les observations

répondant le mieux aux divers ordres d'idées exposées dans nos lignes précédentes, et les plus propres à justifier nos tendances conservatrices.

Nous résumons tout d'abord l'histoire très remarquable d'un malade de M. Panas qui prouve que les moyens les plus simples permettent de ne jamais désespérer, en face des plaies même graves du globe oculaire.

OBSERVATION I (inédite).

M. M..., artiste peintre, âgé de 30 ans, fait le 17 juin 1896 une chute sur le rebord saillant d'une brique, le coup porte sur l'œil droit, le seul qui reste, l'œil gauche antérieurement opéré d'une cataracte étant perdu. La nuit même de l'accident, le malade rentre à l'Hôtel-Dieu.

Au-dessous des paupières infiltrées, on aperçoit un chémosis sanguin volumineux; des caillots cachent les lésions de l'œil dont la vision est totalement abolie.

La plaie, lavée avec prudence avec une solution de biiodure, on voit une plaie oblique de haut en bas et de dedans en dehors qui divise complètement la cornée en deux parties, l'une supéro-externe, l'autre inférieure et interne; de plus, la blessure se continue à ses deux extrémités sur le limbe cornéo-scléral qu'elle entoure de quelques millimètres.

L'œil est absolument ramolli, affaissé, les milieux sont infiltrés de sang, et l'on aperçoit au fond de la plaie l'iris déchiré, flasque et flottant; enfin, entre les lèvres de la blessure du vitré s'écoule.

M. Panas ne fait aucune suture, et se contente, par un pansement antiseptique minutieux, légèrement compressif, de rapprocher les lèvres de la plaie cornéenne. A cet effet, il applique au-dessus des paupières fermées deux petits tampons de coton placés de telle sorte qu'ils appliquent des lambeaux cornéens l'un contre l'autre exactement ; un bandage occlusif maintient le pansement.

Le malade garde pendant les premiers jours, un repos absolu, et par un régime léger, on empêche des poussées congestives du côté de l'œil blessé. La solution de violet de méthyle et la pommade iodoformée assurent l'antisepsie. Bientôt, la tension de l'œil reparait, et sous l'influence du pansement répété chaque jour, la plaie cornéenne se cicatrise. Au bout de deux semaines, le malade constate que la perception lumineuse reparait peu à peu. Mais alors on s'aperçoit que le cristallin manque absolument, il a été expulsé lors du traumatisme.

Bientôt, le sang qui remplissait l'œil se résorba progressivement, les milieux s'éclaircirent, et lorsque le malade sortit de l'hôpital le 7 septembre, il était guéri, c'est-à-dire que la perception lumineuse était déjà très bonne, et avec un verre à cataracte, le blessé se conduisait facilement.

Depuis, le malade a vu cet œil qui paraissait d'abord si compromis, s'améliorer de plus en plus ; il n'a jamais éprouvé de douleurs.

Nous avons revu le blessé dernièrement, et nous avons constaté sur la partie supéro-externe de la cornée une mince bande blanchâtre seule trace de la blessure ; il existe, cependant, à l'extrémité supérieure de cette cicatrice, un petit staphylome de la sclérotique d'une largeur de 3 millimètres avec adhären-

ces de l'iris. Ce dernier déchiré lors du traumatisme est brillant, sans traces d'exsudats, mais la pupille quoique d'un noir bien net est irrégulière, et figure un losange vertical. On peut constater à nouveau l'absence totale du cristallin.

La vision est toujours parfaite, le blessé fait sans fatigues les fins travaux de peinture qui lui permettent de gagner largement sa vie, il lit facilement avec son verre à cataracte les plus fins caractères de son journal. Aussi, l'avons-nous vu manifester par une mimique expressive, car il est sourd-muet, son enthousiasme pour le résultat thérapeutique si remarquable obtenu par M. Panas, qui lui a évité de devenir, dernier malheur, aveugle.

OBSERVATION II (Gangolphe).

C'est un homme exerçant la profession de chauffeur. Le 3 février, dans la soirée, le niveau d'eau de la machine éclate et un fragment de verre le frappa au visage.

Brusquement il sentit sa joue inondée d'un liquide dont il reconnut aussitôt la provenance en s'essuyant dans la région de l'œil gauche qui, à sa grande terreur, lui parut absent. Un éclat avait ouvert le globe oculaire et déterminé l'issue de l'humeur aqueuse et probablement aussi d'une certaine quantité d'humeur vitrée.

Un médecin appelé aussitôt ordonna des lavages à l'eau boriquée et l'application d'un bandeau de gaze antiseptique. Le lendemain, le blessé fut admis dans le service de M. Gangolphe qui crut de prime-abord que l'œil était irrémédiablement perdu ; la sclérotique était fendue transversalement et complè-

tement dans une étendue de plus d'un centimètre. La cornée était coupée dans plus de sa moitié; enfin, dans les lèvres entrebaillées de cette longue plaie, on voyait une portion de l'iris, de la choroïde et l'humeur vitrée. Néanmoins, le malade affirmait qu'il distinguait encore les doigts. M. Gangolphe tenta sans grand espoir la suture de l'œil.

Après une très minutieuse désinfection de la région à l'aide de l'eau boricuée et l'instillation de quelques gouttes de cocaïne il plaça un premier point de suture avec un catgut très fin et souple.

Immédiatement après l'opération, la vue était à peu près nulle, le sujet distinguait seulement la lumière du jour. On fit un lavage boricué et l'on donna des instillations d'atropine.

Pansement antiseptique, diète purgatif salin et bains de pied sinapisés.

Le lendemain, et les jours suivants, les lavages antiseptiques furent continués ainsi que l'emploi de l'atropine.

Peu à peu la vision s'améliora, pour arriver à un degré tel que le sujet peut lire les grosses lettres de son journal et même les caractères de moyenne grandeur : il peut se diriger en lisant les noms des rues, les enseignes, bref, l'œil gauche pourrait lui permettre s'il n'avait que celui-là de gagner sa vie et de mener une existence normale ; les travaux délicats lui seraient seuls interdits (*Rev. oph.*, 93).

De tels résultats, absolument inespérés, doivent tenir surtout à ce fait que l'antisepsie est intervenue dès le début, empêchant ainsi l'infection de la plaie.

OBSERVATION III (M. Terrien).

Prosper C..., âgé de 20 ans, entré à la clinique de l'Hôtel-Dieu, le 2 février 1899 à 9 h. 1/2 du matin pour une blessure survenue le même jour trois heures auparavant.

En nettoyant une chaudière un tube de verre éclata et un fragment qu'il a pu retirer vint s'implanter dans la paupière inférieure gauche. Aussitôt la vision devint confuse et c'est pourquoi il vient consulter.

Examen. — A la partie inférieure et interne de la paupière inférieure gauche, on voit une plaie linéaire verticale d'un centimètre environ, et le malade raconte qu'il a retiré de cette plaie un morceau de verre pointu long de quelques centimètres et qui avait pénétré assez profondément.

La cornée est d'apparence normale, mais toute la conjonctive bulbaire du cul-de-sac inférieur, est le siège d'une hémorrhagie intense. Œil très hypotone. Vision très trouble. Le malade compte les doigts à 50 centimètres. En abaissant la paupière inférieure et en faisant regarder le malade fortement en haut, on aperçoit à la partie inférieure et interne du cul-de-sac conjonctival un petit orifice peu visible et caché par la conjonctive, infiltré de sang et par où perle le vitré.

Examen ophtalmoscopique. — Milieux légèrement troubles, la pupille ne paraît pas nette; le champ pupillaire est très pur, pas de cataracte traumatique. En faisant fortement regarder le malade fortement en bas, on aperçoit tout à fait à la partie inférieure du diamètre vertical au voisinage de l'ora serrata

un décollement de la rétine siégeant au niveau de la perforation et dû vraisemblablement à une hémorragie de la choroïde à ce niveau. Champ visuel à peine rétréci dans sa moitié supérieure.

L'œil ayant été anesthésié et le malade regardant fortement en haut, deux points de suture au catgut sont appliqués sur la conjonctive de manière à fermer la plaie ; puis un pansement sec antiseptique fut appliqué.

Le lendemain, l'hypotonie est moins marquée, l'état reste stationnaire mais l'œil n'est le siège d'aucune douleur, d'aucune réaction ni infection. L'iris de bleu qu'il était comme celui du côté opposé a pris une teinte jaune verdâtre qui s'accroît dans les jours qui suivent, pour prendre finalement une coloration vert d'eau qui contraste singulièrement avec celle du côté opposé.

L'examen ophtalmoscopique montrait toujours l'ancien foyer d'hémorragie au voisinage de l'ora serrata, mais le champ pupillaire avait changé d'aspect et montrait une série de stries verticales noirâtres invisibles à l'éclairage oblique et visibles seulement par l'examen avec le miroir plan. Ces stries semblaient siéger tout à fait à la partie centrale du cristallin et rappelaient assez l'aspect d'une membranule plissée suite de cataracte secondaire.

Cet aspect qui pouvait en imposer pour une cataracte traumatique au début persista pendant une quinzaine de jours et disparu ensuite sans laisser de traces.

La tension s'éleva peu à peu, et un mois environ après l'accident l'œil avait repris une consistance sensiblement égale à celle du côté opposé. L'hémorragie au niveau du point de pénétration est devenue à peine visible à l'ophtalmoscope et l'iris

avait recouvré sa couleur normale. Six semaines après l'accident cet œil qui n'avait jamais été le siège d'aucune douleur ni réaction avait : $V = 2/3$. Nous avons revu le malade tout récemment et l'état s'était maintenu. Seule, la chaleur vive l'incommodait et faisait rougir l'œil, ce qui a forcé le blessé à interrompre son métier de chauffeur.

On le voit par ce cas, l'intervention immédiate est de toute importance puisque ce malade a pu non seulement conserver un œil véritablement crevé, mais obtenir avec cet œil une acuité visuelle égale à $2/3$. Sans doute, le pronostic ultérieur doit être réservé, ses yeux étant toujours extrêmement fragiles et susceptibles de s'enflammer; mais il n'en est pas moins vrai que le résultat immédiat a été excellent.

OBSERVATION IV (Rochon-Duvignaud)

Un jeune ouvrier se présente quelques heures après une perforation de la partie supérieure de la cornée avec hernie de l'iris, produite par le choc d'un outil.

Après instillation d'ésérine, nous parvenons à l'aide d'un stylet de Bowman, à réduire complètement la partie herniée et continuant les instillations d'ésérine qui s'oppose par la contraction papillaire à la récidence du prolapsus irien, nous obtenons au bout de quelques jours une cicatrisation de la plaie cornéenne, sans iritis et avec une pupille parfaitement ronde. Les traces de la blessure se limitèrent ici à un minuscule leucome périphérique sans inconvénient aucun. Grâce à la réduction de l'iris, l'œil redevint exactement aussi bon qu'aupara-

vant et fut mis à l'abri des nombreux inconvénients qui auraient pu résulter de l'engagement de l'iris dans la cicatrice cornéenne.

OBSERVATION V (Rochon-Duvignaud).

Mlle R..., 30 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu, ayant reçu dans l'œil droit les éclats d'une pompe à bière, les deux paupières sont divisées verticalement au niveau de leur quart interne, mais surtout la conjonctive et la sclérotique sont ouvertes en arrière de l'insertion du droit interne qui ne tient plus que par quelques fibres tendineuses; le corps vitré fait hernie à travers les membranes profondes nettement sectionnées par l'éclat de verre. L'œil est mou au point de s'aplatir à chaque mouvement de la paupière supérieure. Sous le chloroforme, nous faisons la suture des plaies palpébrales et de la conjonctive *sans toucher à la sclérotique*, le droit interne est suturé en place. Au bout de très peu de jours cet œil qui paraissait voué à la phthisie ou à l'énucléation, reprit sa tension normale, une vision assez bonne se rétablit. Il y a aujourd'hui deux ans que l'opération est faite, l'aspect de l'œil opéré ne diffère en rien de celui de son congénère. A l'ophtalmoscope quelques flocons du vitré et une cicatrice choroïdienne. Vision 1/3. L'opération a essentiellement consisté dans ce cas et consiste dans tous les cas analogues à transformer *une plaie ouverte* (susceptible de s'infecter) *en une plaie fermée*, et cela, uniquement par des sutures de la conjonctive. Il ne faut pas suturer la sclérotique, tout au plus l'épiscière. On peut avoir à faire des résections ou des réductions des parties herniées suivant les cas.

OBSERVATION VI (Fage).

A la partie interne de l'œil gauche on voyait une plaie pénétrante de la sclérotique produite par un gros éclat d'acier. Cette plaie située au-dessous du bord inférieur du droit interne, dirigée un peu obliquement, mesurait une longueur de cinq millimètres, et venait s'arrêter à trois millimètres du limbe cornéen ; elle était entrebaillée par une hernie du corps vitré prêt lui-même à s'écouler au dehors puisque la conjonctive avait été sectionnée par un morceau d'acier.

La pupille très dilatée laissait voir facilement le fond de l'œil où l'on n'apercevait aucune lésion sérieuse. Le cristallin était en place et transparent.

Le globe était mou et très sensible à la pression ; la conjonctive était injectée et œdématiée ; la vision réduite à la perception des mouvements de la main à trente centimètres.

En présence de ce grave traumatisme, il importait d'avoir recours à une méthode mettant l'œil blessé à l'abri d'une issue importante du corps vitré et à l'abri de l'infection. On ne peut point se fier à l'occlusion simple attendu que le moindre mouvement des paupières, la moindre contraction des muscles favorisent l'issue d'une nouvelle portion de vitréum, lorsque la plaie est restée béante et par cela même exposée à la pénétration des micro-organismes de la conjonctive si difficiles à détruire par l'antisepsie la plus rigoureuse.

Je procédai donc à la suture de la plaie scléroticale. A cet effet après avoir cocaïnisé et désinfecté l'œil, je dégageai en

quelques coups de ciseaux la conjonctive avoisinant la solution de continuité, puis passait au centre de la plaie un fil de catgut fin comprenant obliquement toute l'épaisseur de la sclérotique. Les lèvres de la plaie furent ainsi réunies, saupoudrées légèrement d'iodoforme, et recouvertes par la conjonctive suturée elle-même à la soie phéniquée. Durant cette manœuvre, il ne s'écoula que le bouchon de vitré qui prolabaît dans la plaie. Atropine. Pansement occlusif.

Les suites ont été fort bonnes sans phénomènes inflammatoires ni douleurs. Les fils de la plaie conjonctivale ont été enlevés le cinquième jour. On a laissé le catgut se résorber. Aujourd'hui 6 avril le résultat est des plus satisfaisants : le globe a repris sa tension normale ; la vision est en grande partie recouvrée ; la conjonctive a repris son aspect habituel sauf au niveau de la plaie où elle forme encore un léger bourrelet. L'exploration du fond de l'œil révèle l'existence de quelques flocons, reliquats inflammatoires, dans le corps vitré.

OBSERVATION VII (Fromaget).

La jeune Alice B..., âgée de 7 ans se présente le 24 courant à la consultation de M. Badal.

Elle a eu il y a quinze jours, dans l'œil droit, un coup de couteau qui a divisé la cornée et la sclérotique en bas et en dedans sur une étendue d'au moins un centimètre. Par cette plaie l'iris fait une hernie volumineuse. Le cristallin a été atteint et des masses cristalliniennes opaques remplissent la chambre antérieure. La perte de la vision est complète. Malgré une injec-

tion assez marquée et un début d'infection de la plaie, la malade n'accuse presque pas de douleur. M. Badal pratique le lendemain l'excision de la portion d'iris herniée, puis l'extraction des masses cristalliniennes. Il resèque ensuite une certaine étendue d'iris non herniée mais déjà infiltrée de pus de même que la zone ciliaire correspondante, et enlève avec une curette les couches superficielles du corps vitré déjà envahies par l'infection. Malgré ce début d'infection, qui fait craindre une pahnophthalmie, et en présence du refus des parents de laisser pratiquer l'énucléation, M. Badal applique deux points de suture avec crins ; un sur la sclérotique comprenant toute l'épaisseur de cette membrane, l'autre sur la cornée mais en ne prenant que les deux tiers de cette épaisseur de manière à ne pas pénétrer dans la chambre antérieure. Pansement antiseptique : lavage de la plaie avec du sublimé à 1/2000, poudre iodoformée, bandage ouaté. Cinq jours après, la réunion de la cornée et de la sclérotique est assez solide pour permettre d'enlever les points de suture. La chambre antérieure est reformée. L'œil n'a pas diminué de volume. La malade revue depuis lors tout donne à croire que l'œil pourra être conservé.

OBSERVATION VIII (Pley) résumée.

En février 1895, une femme de 40 ans se présente à l'Hôtel-Dieu, ayant une plaie pénétrante de l'œil droit.

L'accident date de la veille au soir, la plaie a été faite par un fragment d'une assiette brisée contre un mur. La plaie située à 5 millimètres environ du limbe du côté externe est verticale

et longue d'un centimètre au moins, elle intéressa la conjonctive et la sclérotique, et laisse écouler le vitré.

L'œil est complètement affaissé, la vision est réduite à une faible perception lumineuse.

Ne pensant pas à la présence d'un corps étranger, je fis une antisepsie aussi rigoureuse que possible et mis deux points de suture au catgut en prenant la conjonctive et la sclérotique.

Huit jours après l'intervention, l'œil avait repris une apparence normale, une consistance égale à celle du côté opposé, et la vision s'était sensiblement améliorée.

Un mois après, la malade distinguait les doigts à plus d'un mètre. Aucune douleur. Tout laissait espérer une évolution ultérieure favorable,

Mais la malade revue un an après l'opération, la vision avait disparu, le globe commençait à s'atrophier, mais la malade n'éprouvait aucune souffrance.

En somme, nous n'aurons peut-être conservé qu'un moignon, mais il permettra de placer un œil artificiel dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION IX (Fromaget).

Jeanne B..., seize ans, se présente à la consultation le 30 novembre 1892.

Deux jours auparavant elle avait reçu dans l'œil droit l'extrémité d'un bâton lancé par son frère.

A son arrivée elle présente des ecchymoses palpébrales étendues pour lesquelles un médecin avait fait appliquer trois sangsues.

En relevant les paupières, on trouve un chémosis tellement intense que la cornée est recouverte presque en entier.

On se borne pour l'instant à faire l'antisepsie de la plaie, suivie d'un pansement compressif. Deux jours après, le chémosis a disparu.

On constate alors que la cornée et la sclérotique ont été déchirées. La rupture siège à la partie externe et inférieure, elle affecte la forme d'un V dont le sommet regarde et atteint le centre de la cornée. Ces deux branches ont une longueur de un centimètre environ.

Par cette plaie triangulaire, l'iris fait hernie, il est sale grisâtre et présente en certains points des traces de pus.

Le cristallin est cataracté et les masses cristalliniennes gonflées remplissent l'orifice pupillaire et la chambre antérieure. Douleurs ciliaires intenses.

A la suite d'un traumatisme aussi violent il se produit généralement des lésions graves intra-oculaires qui font que l'œil est définitivement perdu. M. Badal résèque la partie herniée, comprenant l'iris et une partie du corps ciliaire; il sort un peu de corps vitré louche. Extraction des masses cristalliniennes.

On suture le lambeau triangulaire avec du crin. Deux sutures à la sclérotique et deux à la cornée sont nécessaires.

Ces dernières respectent la membrane de Descemet comme dans le cas précédent. Pansement antiseptique. Le résultat a été en somme excellent. La réunion de la sclérotique a été très rapide; du côté de la cornée les portions périphériques du sommet du lambeau se sont sphacélées superficiellement; il en est résulté une ulcération au point correspondant, mais qui s'est comblée peu à peu. Trois semaines après la réunion était par-

faite ; la chambre antérieure s'était en partie reconstituée et sauf un leucome, l'œil avait un aspect normal.

Mais bientôt se développent peu à peu des phénomènes inquiétants. L'œil dont la tension était restée normale devient mou ; il diminue considérablement de volume ; l'insertion des muscles droits déprime la coque qui fait saillie dans l'intervalle. En même temps la cornée se vascularise. De tous les points du limbe on voit s'avancer vers son centre des vaisseaux rectilignes, d'abord indépendants les uns des autres mais qui ne tardent pas à se rejoindre en augmentant de nombre et de volume. A ce moment la cornée est opaque, l'œil continue à s'atrophier il ne restera plus qu'un moignon pouvant faire craindre des accidents sympathiques.

Cette observation sans être absolument concluante, prouve cependant que l'on peut espérer sauver un œil alors même que les accidents infectieux ont débuté. Il faut en effet remarquer ce fait que le traitement est institué deux jours après le traumatisme et dans cet espace de temps aucune antiseptie n'a été faite. Malgré ces conditions défavorables, trois semaines après le début du traitement l'œil avait un aspect presque normal, c'est beaucoup plus tard que la situation est devenue mauvaise. L'observation suivante montre que ces accidents ultérieurs peuvent ne point survenir.

OBSERVATION X (Despagnet) (résumée).

Un homme faisait débiter un tuyau de fonte par un ouvrier, un éclat vint frapper son œil, qui immédiatement se troubla en faisant éprouver au malade une violente douleur dans la région péri-orbitaire.

Le lendemain les douleurs deviennent plus violentes et l'œil fut le siège d'une inflammation très aiguë. C'est dans ces conditions que le dimanche matin, trente-six heures après l'accident il vint demander des soins à la consultation de l'hôpital Saint-Germain.

L'œil offre une très forte injection, la chambre antérieure est à moitié pleine de pus, et par la partie supérieure de la pupille restée libre on constate un trouble général du corps vitré. Au niveau de l'angle irido-cornéen, dans la partie externe et sur le prolongement du méridien vertical de la cornée, on trouve une petite plaie angulaire de 2 à 3 millimètres de côté, plaie pénétrante de l'œil allant de bas en haut et d'avant en arrière.

Je me contentai le jour même de faire une antisepsie rigoureuse de la région ; je fis un pansement occlusif.

Le lendemain je constatai une augmentation des phénomènes réactionnels et de l'hypopyon. Le malade avait perdu tout appétit et ne dormait pas. Le corps étranger avait évidemment pénétré dans l'œil ; la rapidité de l'infection en étant la preuve. Je fis sous la conjonctive bulbaire une injection de deux gouttes d'une solution de sublimé à 1/1000 contenant 30 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

L'injection fut très douloureuse et la douleur persista six

heures consécutives. Le lendemain, la paupière supérieure était œdématisée, l'œil semblait distendu ; l'hypopyon était plus abondant. En un mot nous assistions à l'évolution de la panophtalme. Des collègues qui assistaient à ma consultation m'invitèrent à pratiquer immédiatement l'énucléation.

Bien qu'il me parut que toute chance de conserver l'organe n'existait plus, j'hésitais à enlever un œil dont la partie supérieure de la pupille restait encore libre et se dilatait sous l'influence de l'atropine. Je remis l'opération au lendemain. Toutefois je fis une nouvelle injection sous-conjonctivale de sublimé.

Le lendemain, qu'elle ne fut pas mon étonnement de trouver la paupière sans œdème, normale, l'hypopyon à peu près résorbé, la pupille large, dilatée, et l'œil avec une perception assez bonne ! Le corps vitré était cependant toujours opaque ; il ne fut bien entendu plus question d'énucléation. Je fis tous les deux jours, pendant six jours, une nouvelle injection conjonctivale de sublimé. Entre temps la réaction de l'œil s'amenda, mais la perception lumineuse s'éteignit. Aujourd'hui trois semaines après l'accident l'œil n'est presque plus enflammé ; la pupille est largement dilatée par l'atropine, la blessure est cicatrisée. Il n'y a plus de plaie dans l'œil mais on trouve le corps vitré rempli de membranes flottantes formées d'exudats peut être aussi de la rétine décollée, le tonus est diminué, le malade ne souffre plus.

Après la détente produite je ne me suis pas cru autorisé à pratiquer l'énucléation. Je sais bien que je m'expose à voir éclater des accidents sympathiques très violents, mais comme je puis surveiller mon malade tous les jours je suis à même d'intervenir à la première alerte,

CONCLUSIONS

Les plaies pénétrantes du globe oculaire sont la cause fréquente de la perte de l'œil.

Elles peuvent intéresser la cornée seule, la sclérotique seule, ou les trois enveloppes du globe.

Indépendamment des dangers inhérents à chaque variété : prolapsus de l'iris, luxation du cristallin, hémorrhagies, glaucome, sclérectasie, etc., le danger immédiat réside dans l'infection.

Une intervention précoce et rapide peut seule conjurer ces accidents ; ses moyens consisteront : avant tout, dans une antiseptie rigoureuse de la blessure, de l'opérateur et de ses instruments ; secondairement, dans une action chirurgicale variant avec la nature et le siège de la blessure.

Les plaies de la cornée seront simplement protégées par l'occlusion. Les plaies de la sclérotique seront dans tous les cas traitées par la suture ; suture de la conjonctive seule si la plaie a peu de tendances à s'entr'ouvrir, de la sclérotique et de la conjonctive, si le vitré fait irruption au dehors.

Dans les plaies du limbe cornéo-scléral, on combinera

le traitement propre aux blessures de la cornée et de la sclérotique.

Dans les grands traumatismes de l'œil, l'énucléation primitive ne sera jamais tentée parce qu'il est impossible au début d'apprécier les lésions.

L'énucléation sera pratiquée seulement dans les cas d'accidents sympathiques déclarés ou menaçants.

En employant ces procédés conservateurs, on pourra quelquefois garder des yeux, avec une certaine acuité visuelle, qui au début semblaient perdus.

Vu par le Président de la thèse
PANAS

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

ARMAIGNAC. — Traumatisme. Œil conservé. Guérison. Société d'opht. Paris 1891, p. 73.

BADAL. — Plaies de l'œil. Gaz. société anat. Bordeaux, 1893.

BRIGGS. — Contre l'énucléation. Journal med. Assoc., Chicago 1894.

BONSIGRIONO. — Thèse de Paris, 1897.

DELACROIX. — Blessure grave, œil conservé. Union méd. scientif. du N. E. Reims 1878.

DESPAGNET. — Traité d'ophtalmologie. — Blessure d'un œil, arrêt des accidents infectieux. Rev.d'opht. Paris 1894.

DEVAL. — Chirurgie oculaire, 1844.

DRANOUX. — Traitement des plaies infectantes de l'œil. Gaz. méd. Nantes, 1891.

FAGE. — Indications et contre-indications de l'énucléation, 1891.

FAGE. — Ruptures et plaies de la sclérotique. Journ. méd., Bordeaux.

FAGE. — Plaie de la sclérotique, suture, guérison. Gaz. méd. Picardie, Amiens, 1890.

- FROMAGET. -- Ruptures cornée et sclérotique. Gaz. Sc. méd.
Bordeaux 1893. Violents traumatismes, item, 1895.
- FUCHS. — Traité d'ophtalmologie, 2^e édition, Paris.
- GALEZOWSKI. — Plaie grave, région ciliaire, guérison. Rev.
opht. Paris 1891,
- GAYET. — Traumatisme oculaire. Rev. gén. opht. Paris, 1882.
- GANGOLPHE. — Traumatisme ocul. guérison. Rev. d'opht. Paris
1893.
- GUTMAN. — Quelques lés.graves. Deutsche medic. Zeitung. 1895.
- HIRCHSBERG. — Extractions de corps étrangers. Arch. d'opht.,
1895.
- KALT. — Dangers de l'énucléation. Ann. d'ocul., Paris, 1892.
- LAWSON. — Enucléation Opht. hosp. Report, 1881.
- LEPLAT. — Blessure de l'œil. Ann. société med. et chir. de
Liège.
- LUCIANI. — Contre l'énucléat. Ann. d'ottalm., Pavie, 1895.
- MACKENZIE. — Traité pratique des malad. des yeux, 1857.
- MEYER. — Blessures, conservat. de l'œil. Arch. d'opht., Paris,
1894.
- MORAX. — Thèse de Paris, 1894.
- PANAS. — Traité des mal. des yeux, Paris, 2 vol.
- PUECH. — Traumatisme intéressant. Soc. anat., Bord., 1889.
- ROLLAND. — Opération, conservat. du globe et vision. Rec.
opht., Paris, 1891.
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Journal des praticiens, 1895 et 1897.
- SIFFRE. -- Enucléat. dans la panopht. Thèse Montp., 1889.
- SNELLEN. — Trait. par lambeau conjunct. Ann. d'ocul., Paris,
1894.
- TERRIEN. — Thérapeutique oculaire, Paris, 1899.

TROUSSEAU. — Traitement des traumatismes. Presse médicale, Paris, 1896.

TRUC ET VALUDE. — Eléments d'ophtalmologie, Paris, 1896.

WARLOMONT. — Congrès de Genève, 1877.

